

N° 21

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

RUPTURES DES VAISSEAUX AXILLAIRES

DANS LA

LUXATION DE L'ÉPAULE

THÈSE

*Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier*

le 6 février 1906

PAR

E. GODARD

Né à Philippeville (Algérie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS, RUE VIEILLE-INTENDANCE

1906



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱), DOYEN.
TRUC, ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.
Clinique chirurgicale.
Thérapeutique et Matière médicale.
Clinique médicale.
Clinique des maladies ment. et nerv.
Physique médicale.
Botanique et Histoire naturelle médicale.
Clinique chirurgicale.
Clinique ophtalmologique.
Chimie médicale.
Physiologie.
Histologie.
Pathologie interne.
Anatomie.
Opérations et Appareils.
Microbiologie.
Médecine légale et Toxicologie.
Clinique des maladies des enfants.
Anatomie pathologique.
Hygiène.
Clinique obstétricale.

MM. GRASSET (✱).
TEDENAT.
HAMELIN (✱).
CARRIEU.
MAIRET (✱).
IMBERT.
GRANEL.
FORGUE.
TRUC.
VILLE.
HEDON.
VIALLETON.
DUCAMP.
GILIS.
ESTOR.
RODET.
SARDA.
BAUMEL.
BOSC.
BERTIN-SANS (H.).
VALLOIS.

PROFESSEUR ADJOINT : M. RAUZIER.

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT

SECRETAIRE HONORAIRE : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	N.
Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe.....	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en Exercice

MM.
DE ROUVILLE.
GALAVIELLE.
RAYMOND.
VIRES.

MM.
VEDEL.
JEANBRAU.
POUJOL.
ARDIN-DELTEIL.

MM.
SOUBEIRAN.
GUERIN.
GAGNIERE.
GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse

MM. TEDENAT, président.
GRANEL, professeur.
SOUBEIRAN, agrégé.
GRYNFELTT, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Hommage de ma vive et affectueuse reconnaissance.

A MA FEMME

Faible témoignage de mon profond attachement.

MEIS ET AMICIS

E. GODARD.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur TÉDENAT

A Monsieur le Professeur GRANEL

A Monsieur le Professeur agrégé SOUBEIRAN

E. GODARD.

INTRODUCTION

Il y a quelque temps, M. le professeur agrégé Soubeiran fut appelé auprès d'un malade, qui dans une chute s'était luxé l'épaule droite. Le pronostic fut des plus sombre en raison de la présence d'une complication qui ne survient que rarement : la rupture des vaisseaux axillaires. Sur les conseils de notre jeune et savant maître, qui a bien voulu nous communiquer l'observation, nous avons jugé à propos d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

La rupture des vaisseaux axillaires compliquant une luxation de l'épaule peut s'observer dans deux conditions différentes. Dans un premier ordre de faits, la rupture est primitive et survient immédiatement après la luxation par suite d'un mécanisme que nous aurons à étudier. Dans un deuxième ordre de faits, la rupture est secondaire et survient au moment où le chirurgien cherche à réduire la luxation.

Dans notre travail nous négligeons à dessein ces ruptures artérielles secondaires et, par suite, bien connues, pour nous occuper exclusivement des ruptures primitives qui sont beaucoup plus rares.

Il nous a semblé logique de diviser notre travail en quatre chapitres :

Un rapide exposé historique de la question fera l'objet d'un premier chapitre.

Nous étudierons ensuite l'étiologie et la pathogénie de cette complication.

Nous ferons précéder les observations que nous avons pu recueillir pour servir de base à notre travail de l'étude des symptômes et du diagnostic,

Enfin dans un quatrième et dernier chapitre nous verrons quel est en l'état actuel de la science le meilleur traitement à opposer aux ruptures des vaisseaux axillaires dans la luxation de l'épaule.

En dernier lieu nous résumerons les conclusions qui paraissent pouvoir se déduire de notre travail.

La région axillaire étant très bien décrite dans les classiques, nous n'avons pas cru devoir l'étudier à nouveau.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit cependant permis d'acquitter la dette de reconnaissance que nous avons contractée à l'égard des maîtres de cette faculté.

Entre tous, M le professeur Granel a droit à notre infinie reconnaissance. Guide bienveillant et affectueux, il fut dans les dernières années de nos études médicales notre meilleur conseiller. A plusieurs reprises, il nous donna des preuves de son inépuisable bonté et de son bienveillant appui. S'intéressant à nous d'une façon toute paternelle, nous avons toujours trouvé chez lui un très cordial accueil, Aussi, nous ne saurions quitter cette antique faculté sans lui adresser tout ce que notre cœur contient de respectueux et éternel attachement.

Qu'il nous soit encore permis de remercier ici notre maître M. le professeur Tédénat, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, pour les excellentes leçons que nous avons reçues dans son service et pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant aujourd'hui la présidence de notre thèse inaugurale.

M. le professeur agrégé Soubeiran fut pour nous un maître et un ami. Les conseils éclairés ne nous ont jamais

fait défaut, et plus particulièrement dans cette fin d'étude : c'est une nouvelle dette de reconnaissance contractée à son égard. Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre profonde gratitude et notre inaltérable amitié.

M. le professeur agrégé Grynfeldt a bien voulu accepter avec empressement de faire partie du jury de notre thèse : qu'il en soit remercié ici.

Que nos amis, le docteur Rouvière, chef des travaux anatomiques à la faculté, le docteur Marchat, le docteur Bruc, Musso, reçoivent ici l'expression de notre vive sympathie, nous ne les oublierons jamais.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RUPTURES DES VAISSEaux AXILLAIRES

DANS LA LUXATION DE L'ÉPAULE

HISTORIQUE

La rupture primitive des vaisseaux axillaires paraît être une rareté. C'est Bérard qui, en 1833, donna l'observation détaillée du premier cas connu. L'année suivante, Sanson écrivait dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques que : «la déchirure de l'artère axillaire était très rare...., qu'on l'avait vue survenir non seulement à la suite de la luxation, mais aussi consécutivement à des tentatives de réduction des luxations». (Dict. de méd., pag. 241, article *Luxation*).

Parlant des complications des luxations de l'épaule, Dupuytren, dans ses Leçons orales de chirurgie (1839), Vidal de

Cassis, dans son *Traité de pathologie externe* (1839), signalent la gravité de la rupture des vaisseaux axillaires, sans faire mention de l'observation de Bérard, bien que celle-ci ait été déjà citée tout au long dans le *Dictionnaire de médecine* en trente volumes.

La *Pathologie chirurgicale* de Nélaton parut en 1847. Dans le tome II, cet auteur cite le cas de Bérard et ajoute une observation personnelle. En 1851, Morel-Lavallée, dans sa thèse de concours intitulée: «Des luxations compliquées», cite les observations de Bérard et de Nélaton. Ces deux observations sont encore rapportées dans le *Traité des fractures et des luxations* de Malgaigne, qui parut en 1857.

Il faut aller jusqu'en 1863 pour trouver dans la *Gazette médicale de Paris* une observation nouvelle de rupture artérielle dans une luxation de l'épaule. Cette observation, due à Parise, est un cas de déchirure de l'axillaire au niveau de la naissance des circonflexes.

Panas, dans l'article *Épaule* du *Dictionnaire* de Jaccoud, publié en 1870, cite seulement le cas de Bérard sans y ajouter de fait nouveau. Deux exemples de ces ruptures primitives furent ensuite communiqués à la Société de chirurgie : l'un en 1877 par M. Le Dentu, l'autre en 1878 par M. Desprès. Nous les retrouvons avec le cas de Bérard et deux cas nouveaux, l'un de O'Reilly, l'autre de Koste, dans le mémoire que Cras de Brest présenta en 1884 à la même Société de chirurgie.

Lagrange, dans l'article *Luxation* du *Dictionnaire* de Dechambre qu'il écrivit en 1887, cite seulement deux cas : celui de Bérard et celui de O'Reilly, trouvé dans l'ouvrage d'Hamilton : *Traité des fractures et luxations* (traduction Poinso).

Dans le mémoire qu'il publia en 1888, dans le *Medical News*, M. Stimson (de New-York) n'apporte aucun fait nou-

veau, il reprend seulement les cas qui avaient été cités par Cras en 1884.

Ribereau, dans sa thèse de doctorat qu'il soutint à Bordeaux en 1894, réunit tous les cas mentionnés et apporte l'observation de Bodin.

Dans le *Traité de chirurgie clinique* de Le Dentu et Delbet, Calicer cite seulement les cas que nous retrouvons dans la thèse de Ribereau. De même, Ch. Nélaton dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

W. von Noorden rapporte dans la *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, parue à Leipzig en 1902, une observation personnelle, que nous retrouvons dans la *Semaine médicale* de janvier 1903.

M Bousquet, dans le *Bulletin médical* de juin 1905, donne une observation très détaillée de lésion vasculaires compliquant une luxation de l'épaule. Enfin, le cas qui a été récemment observé par M. le professeur agrégé Soubeiran paraît être, à ce jour, le dernier cas connu.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Toutes les causes qui diminuent la souplesse et l'élasticité des parois artérielles sont celles qui favorisent la rupture des vaisseaux lors de la production d'une luxation. Nous ne voulons pas faire ici l'histoire des artérites chroniques, cependant nous devons signaler l'athérome et l'artério-sclérose. Si nous étudions nos observations, nous voyons que la rupture des vaisseaux se produit surtout chez des gens d'un âge assez avancé, artério-scléreux, ou présentant de l'athérome artériel généralisé. Le malade de M. le professeur agrégé Soubeiran «avait 85 ans, sa radiale était dure et flexueuse». Le docteur Bousquet, commentant son observation, nous dit que chez son malade, âgé de 69 ans: «le facteur principal dans cette circonstance a été l'état athéromateux des artères poussé à ses dernières limites». W. von Noorden a observé une malade de 70 ans, chez qui on trouva à l'examen microscopique de la paroi artérielle un léger degré d'épaississement non uniforme de la tunique interne. Le malade de Bodin, âgé de 53 ans, est un arthritique et un rhumatisant, on peut ajouter un artério-scléreux. Voyons ce que nous dit Le Dentu, à propos de son malade âgé de 57 ans: «L'aspect général du sujet est digne d'attention, au lieu des 57 ans qu'il a, on lui en donnerait 70 sans hésiter.... Le blessé a avoué sans hésitation qu'il buvait chaque matin plusieurs verres d'eau-de-vie... Il nous est permis

de supposer l'existence de lésions viscérales se rattachant à l'alcoolisme». Et plus loin : «En ce point l'artère est tellement athéromateuse qu'on ne peut, sans en détacher des lambeaux, l'attirer avec des pinces».

Verneuil, dans la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie le 7 mars 1877, attire l'attention sur l'influence dans les cas de ruptures artérielles se produisant à l'occasion d'une luxation, d'états pathologiques antérieurs : athérome artériel, foie ou rein gras.

Enfin, Pierre Delbet, dans l'article «Maladies chirurgicales des artères» du Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, dit : «Les ruptures sous-cutanées se produisent dans des circonstances très différentes, suivant que l'artère est antérieurement saine ou malade. Il suffit d'un traumatisme d'autant plus léger que l'artère est plus malade».

Maintenant que nous connaissons les causes que l'on peut invoquer comme favorisant la production de la complication qui fait l'objet de notre étude, voyons quel est le mécanisme suivant lequel se produisent ces ruptures artérielles. Tous les chirurgiens affirment, comme Malgaigne, qu'elles sont la plupart du temps dues : «ou bien à l'action directe du bras luxé sur l'artère, ou bien à une distension trop considérable de cette artère pendant la luxation». On peut lire aussi dans le Traité de pathologie externe de Vidal de Cassis : «Dans les lésions artérielles, tantôt les tuniques internes sont rompues et l'externe intacte ; tantôt dans quelques cas, ces mêmes tuniques internes offrent des ruptures partielles ; d'autres fois enfin, l'artère est rompue complètement. Ces blessures sont la conséquence : ou bien d'une pression directe exercée sur l'artère par l'os luxé, ou bien d'un violent tiraillement auquel le vaisseau a été soumis au moment où la luxation s'est produite».

Enfin Stimson (de New-York) dit avec plus de précision :

« Dans quelques-uns des cas dans lesquels il est certain ou probable que la blessure du vaisseau a eu lieu au moment de la luxation, il est noté qu'elle a été produite quand le bras était dans l'abduction forcée, c'est-à-dire dans les circonstances où la tête de l'humérus avait été chassée en bas et en dedans ». Au cours de son mémoire, où il traite surtout des ruptures consécutives aux tentatives de réduction, il insiste sur le mécanisme de la blessure de l'artère. Voulant expliquer la possibilité de la rupture dans l'abduction, il dit encore plus loin que : « même quand la tête de l'humérus est dans sa cavité, les vaisseaux axillaires sont tendus fortement quand le bras est dans une large abduction, comme on peut le vérifier facilement pendant l'ablation des ganglions axillaires ou encore plus simplement en observant l'arrêt du pouls radial quand le bras est élevé et porté en arrière ». Stimson rappelle alors qu'on peut découvrir dans la science des cas où la formation d'un anévrisme axillaire n'a pas reconnu d'autre mécanisme.

D'ailleurs, la situation des vaisseaux eux-mêmes rend bien compte de la possibilité des lésions. Dans les mouvements d'élévation du bras et d'abduction forcée, la tête de l'os se trouve en bas de l'aisselle, et les vaisseaux qui reposent sur son côté interne sont fortement tendus et comprimés devant elle. De plus, les branches qui se dirigent presque directement en dehors, sus-scapulaire et circonflexe, sont fortement allongées. Par conséquent, il ne faut pas s'étonner si cette extension considérable de l'artère en amène la rupture.

Telle est l'étiologie et la pathogénie des lésions vasculaires compliquant les luxations de l'épaule.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

En analysant les observations que nous allons rapporter, nous pouvons nous rendre compte que les blessures des vaisseaux axillaires dans la luxation de l'épaule sont la conséquence ou bien d'une pression directe exercée sur les artères par l'os luxé ou bien d'un violent tiraillement auquel les vaisseaux ont été soumis au moment où la luxation s'est produite. Les lésions produites par ce mécanisme peuvent être de trois ordres : tantôt la rupture est complète ; tantôt, au contraire, la rupture est incomplète, la tunique interne seule étant atteinte soit en entier, soit d'une façon partielle ; d'autres fois enfin, les lésions portent seulement sur une collatérale. A chacune de ces variétés de blessures, correspond une symptomatologie différente.

Si la rupture est complète, la lésion de l'axillaire donnera lieu à la disparition du pouls radial. De plus, le sang extravasé tend à s'infiltrer dans le tissu connectif sous-cutané, pour constituer un anévrisme diffus. Le sang repousse en avant le grand pectoral au-dessous duquel il s'est accumulé, la peau est distendue, la région est déformée par cet amas de liquide, et à la palpation on sent une tumeur molle, donnant parfois une sensation de crépitation due à la présence de caillots. Cet anévrisme augmente et peut même arriver à former deux saillies, l'une sous-claviculaire et l'autre sus-claviculaire, ainsi que Pelletan en a rapporté un exemple.

Dans notre observation I, nous voyons également trois saillies, l'une sous-deltoïdienne et l'autre sous le grand dorsal. A l'auscultation, cette tumeur est animée de battements expansifs, isochrones à ceux de la pulsation artérielle et on entend ordinairement le thrill caractéristique.

Cet anévrisme, que l'on ne rencontre que dans les ruptures complètes de l'axillaire ou d'une grosse collatérale, n'a pas de valeur pathognomonique. Tout autre est la cessation des battements de la radiale. La cessation des battements au-dessous de la lésion met seule sur la voie du diagnostic, et c'est sur ce signe que Bérard et Bodin ont pu reconnaître une blessure des vaisseaux axillaires. Cette absence de pulsations radiales ne se rencontre en général que dans les lésions du tronc même de l'axillaire.

Si la disparition du pouls radial et la production d'un anévrisme diffus caractérisent la rupture complète des vaisseaux axillaires, tout autres sont au contraire les accidents consécutifs à une blessure partielle. En cas de rupture incomplète, c'est en général la tunique interne qui est lésée. Il se produit alors un phénomène analogue à celui que l'on observe après une ligature artérielle : les deux bouts de la tunique sectionnée se rétractent en se recroquevillant dans la lumière du vaisseau et arrivent à l'obstruer complètement. Il en résulte une suppression totale de la circulation sanguine se traduisant à l'examen par la disparition du pouls radial et le refroidissement du membre. Mais l'on n'observe pas la production d'un anévrisme diffus; tout au plus peut-on trouver une poche produite par distension du vaisseau privé d'une de ses tuniques au point où la déchirure s'est faite. Dans certaines observations, on a seulement noté une déchirure partielle de la tunique interne : les symptômes sont alors peu différents, mais on peut voir la persistance du pouls radial qui est simplement diminué.

Si la blessure porte sur une collatérale, nous noterons à peu près les mêmes signes que pour l'axillaire elle-même, mais ils seront moins accentués. L'anévrisme diffus sera plus lent à se former et, rarement, atteindra un volume aussi considérable. Le pouls sera simplement affaibli, à moins que la rupture ne se soit produite sur une grosse collatérale au voisinage de son point d'origine, auquel cas il pourra manquer.

L'étude des accidents observés dans les cas de rupture des vaisseaux axillaires au cours de la luxation de l'épaule se résume donc en deux propositions : production d'un anévrisme diffus et disparition des pulsations radiales. Le diagnostic se fera très simplement avec ces deux symptômes. Mais le point capital sera de déterminer le vaisseau lésé.

Un moyen presque sûr de reconnaître la blessure de l'artère axillaire est d'explorer l'humérale et la radiale. Si le pouls a cessé de battre dans ces artères, on peut être sûr que l'axillaire a été blessée. Ce signe est d'autant plus précieux qu'il persiste longtemps et que le pouls radial fait encore défaut, même quand la circulation collatérale s'est rétablie suffisamment pour pourvoir à la nutrition du membre. Un bon signe encore de la rupture de l'artère axillaire est la présence dans l'aisselle d'un anévrisme diffus survenant là après l'accident.

En présence de ces symptômes, il est bien probable qu'on a affaire à une déchirure de l'artère axillaire, mais il n'est pas permis de l'affirmer absolument, car la science renferme des exemples de persistance de pouls radial, à la suite des plaies de cette artère.

Y a-t-il au contraire déchirure de la veine axillaire ? L'examen ayant démontré que la circulation artérielle se fait bien, l'apparition brusque d'une tumeur volumineuse dans l'aisselle, tumeur dépourvue d'expansion et de souffle, doit

faire penser à une plaie d'un gros tronc veineux. Ce diagnostic est confirmé, dans les jours suivants, par la résorption assez rapide de l'épanchement sanguin.

En résumé, en présence des symptômes que nous venons d'étudier, le diagnostic que l'on doit poser est celui d'épanchement sanguin provenant d'une grosse veine de l'aisselle, et on devra, tout naturellement, penser à la veine axillaire ; mais il n'y a pas de signe pathognomonique qui permette d'affirmer que ce vaisseau a été intéressé. Il nous semble toutefois que la rapidité de la formation de l'épanchement, son volume, le développement du réseau veineux sous-cutané, doivent être pris en sérieuse considération. Si on songe encore à la facilité avec laquelle s'arrêtent les hémorragies veineuses provenant de vaisseaux, même assez volumineux, surtout quand le sang s'écoule dans un tissu qui en favorise la coagulation, ce qui est le cas pour l'aisselle, on sera porté à incriminer une blessure de la grosse veine axillaire.

Nous ne signalons que pour mémoire les plaies simultanées de la veine et de l'artère axillaires qui donnent lieu à la formation d'un anévrisme artério-veineux. Le fait est d'ailleurs très rare et nous n'avons pu en retrouver qu'un seul cas, signalé par le Dr Bousquet (observation II).

OBSERVATION I

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeiran)

Luxation antéro-interne de l'épaule ; déchirure des gros vaisseaux axillaires.

Mort rapide.

Le 30 juin 1905, je fus appelé chez un malade de M. le professeur Gilis, qui s'était démis l'épaule droite. Je trouvais un homme âgé de 85 ans, maigre, affaibli, dont les *antécédents* présentaient ce fait déjà intéressant, que, il y avait environ un an, le malade s'était démis la même épaule, qu'il avait eu à ce moment un hématome assez abondant. M. Gilis alors avait pu réduire la luxation, et le malade avait guéri.

Maladie actuelle. — La veille, le malade avait fait une chute du haut de sa hauteur et était tombé sur l'épaule droite, le bras allongé dans l'abduction. Aussitôt après, le malade s'aperçut que son membre supérieur droit était complètement impotent, sans d'ailleurs qu'il ressentit une douleur marquée. De plus, un volumineux gonflement se montra immédiatement dans la région de l'épaule en même temps que le malade était en proie à un affaiblissement progressif intense.

Je trouvais le malade pâle, décoloré, comme en puissance d'une hémorragie interne, affalé, incapable de se tenir debout ou assis.

L'épaule droite, à l'inspection, apparaissait tuméfiée et déformée en forme de gigot, et l'on distinguait aisément trois régions dans lesquelles le gonflement était maximum :

1^o Une tuméfaction sous-deltaïdienne considérable et faisant bomber l'épaule.

2° Un gonflement sous-pectoral du volume d'un gros poing.

3° Un gonflement sous le grand dorsal, au niveau de la ligne verticale axillaire postérieure.

Ces tuméfactions étaient arrondies, les téguments avaient une teinte bleuâtre à leur niveau, leur consistance était élastique et pâteuse, sans battements. La région de l'aisselle était également tuméfiée.

La *tête humérale*, dont la recherche était difficile, paraissait bien manquer à sa place normale sous la voûte, et elle était située sous la coracoïde, où on la sentait rouler. L'axe du bras était dans l'abduction légère. Le *pouls radial* du côté droit était conservé, mais moins fort que du côté sain; l'artère était dure et flexueuse.

Le diagnostic porté fut : luxation antéro-interne de l'épaule droite avec déchirure d'un gros vaisseau axillaire, probablement la veine, à cause de la rapidité de l'épanchement et de son volume; hématome periaxillaire et signe d'hémorragie interne.

En raison de l'état d'affaiblissement du malade et de son grand âge, aucune intervention ne nous parut possible. Ce fut également l'avis de M. le Dr Toubert, agrégé du Val-de-Grâce, et de M. le professeur Gilis, qui vit le malade le soir même.

Cependant, nous exécutâmes la manœuvre de Kocher avec le plus de douceur possible. Elle réussit à réduire la luxation, qui fut maintenue par un bandage ouaté compressif du tronc et du membre supérieur. Le soir même, la mort survint au milieu de l'affaiblissement progressif, cependant que l'hématome s'était encore augmenté.

OBSERVATION II

Luxation de l'épaule gauche. Rupture de l'axillaire et de plusieurs vaisseaux de l'aisselle. Hémorragie. Ligature des vaisseaux lésés. Mort.

(Par le Dr Bousquet, de Clermont-Ferrand)

Le 13 octobre dernier, M. X .., marchand de grains, âgé de 69 ans, homme de taille moyenne, gros et fort en couleur, était occupé dans son grenier à remplir des sacs de grains. Pour atteindre un objet dont il avait besoin, il était monté sur un sac plein de blé, de 80 centimètres de haut environ. Il utilisait pour descendre les marches d'un petit escabeau, lorsque, brusquement, un de ses pieds étant venu à glisser, il perdit l'équilibre. Se sentant sur le point de tomber, M. X... essaya de se retenir en se cramponnant au potelet vertical d'une porte qui était devant lui. Dans ce mouvement, le bras gauche étant élevé, la paume de la main s'appliqua contre le potelet, le saisissant pendant que le corps, lancé en avant par son poids augmenté de la vitesse de la chute, tournait autour du potelet, auquel restait fixé le membre supérieur gauche. Notre homme ressentit une douleur fort vive et se laissa choir.

Nos confrères, les Drs Rouveix et Levadoux, appelés peu après, constatèrent une tension considérable de l'aisselle, qui allait en augmentant sous leurs yeux. Deux heures après j'arrivais à mon tour, et nous examinâmes ensemble le malade.

M. X... était dans son lit, couvert de sueur et, d'après son dire, il commençait à peine à se réchauffer. Le bras gauche était écarté du tronc, les moindres mouvements communiqués arrachaient des cris au patient. Les quatre côtés de l'aisselle, mais principalement la région pectorale antérieure

et la base de l'aisselle, étaient déformés et refoulés. Il était aisé de penser que la cavité axillaire contenait du sang en abondance, car des teintes ecchymotiques assez accentuées commençaient à marbrer les téguments en divers points. Le patient accusait d'assez vives douleurs, et se plaignait surtout de fourmillements dans les doigts et la paume de la main. Le pouls radial était encore très nettement perçu ; il battait même assez fort ; l'auscultation de la région axillaire permettait d'entendre des battements fortement frappés, mais aucun bruit de souffle. Diagnostic : «Luxation probable de la tête humérale avec déchirure incomplète de l'axillaire chez un sujet athéromateux».

Il est 7 heures du soir lorsque notre examen est terminé, il fait nuit noire. Considérant : 1^o qu'étant donné l'éclairage dont nous pouvons disposer, une intervention chirurgicale sera particulièrement scabreuse ; 2^o que nous risquons, dans ces conditions, d'avoir de la peine à saisir les vaisseaux ; 3^o que l'aisselle étant complètement pleine de caillots, l'écoulement de sang qui pourra se produire durant la nuit sera de peu d'importance ; nous décidons de différer l'intervention jusqu'au lendemain.

La nuit se passe assez paisiblement et le patient, grâce à une potion calmante, a quelques heures de sommeil ; le lendemain, dès 7 heures du matin, nous commençons les préparatifs de l'opération à laquelle il est procédé à 8 heures. Le patient étant endormi et le membre supérieur gauche écarté du corps autant que faire se peut, une longue incision ouvre l'aisselle sur le bord inférieur du grand pectoral ; elle commence au niveau de l'insertion de ce muscle sur l'humérus pour se terminer au-dessus du mamelon. Rapidement, l'aisselle est ouverte et nous en faisons sortir une quantité considérable de caillots. Au niveau du bord supérieur du tendon du grand pectoral, nous constatons : 1^o l'existence

d'une plaie de la veine axillaire ; 2° un jet de sang nous révèle une solution de continuité sur le trajet de l'artère, solution de continuité qui est due à l'arrachement d'une collatérale. Nous mettons une pince sur chacune de ces plaies, et, pendant qu'après avoir complètement vidé la cavité axillaire, nous cherchons à faire l'hémostase définitive de ces deux vaisseaux, un jet de sang rouge inonde la région opératoire. Rapidement nous saisissons l'artère au sommet de l'aisselle entre le pouce et l'index de la main gauche, puis une pince est placée sur ce vaisseau au niveau du point où il pénètre entre les deux branches du médian. Nous lâchons la compression digitale, et comme rien ne donne, nous sommes autorisés à conclure que notre pince a saisi le vaisseau en amont de la déchirure. Nous voyons alors la tête de l'humérus à nu, elle est exactement sous la coracoïde ; nous la repoussons, pendant qu'un de nos confrères tire sur le bras, et réduisons facilement la luxation. Nous constatons alors la présence d'une déchirure incomplète de l'axillaire sur la face externe de ce vaisseau, la tête de l'humérus s'appliquant sur l'artère obturait partiellement cet orifice, d'où la persistance du pouls que nous avions observée. Une ligature est placée au-dessus et au-dessous de cet orifice, puis successivement nous lions les divers vaisseaux saisis par les pinces et terminons la toilette de l'aisselle. Suture. Drainage sérieux. Pansement avec enveloppement ouaté du bras, sur lequel on ne sent plus le pouls radial. L'intervention a duré quarante minutes ; la perte de sang, au cours de l'intervention, a été sans doute abondante, mais nullement inquiétante, étant donné surtout l'état pléthorique du sujet. Le blessé a un réveil fort calme et se remet peu à peu, puis à midi il meurt subitement.

OBSERVATION III

Luxation de l'épaule avec rupture de l'artère thoracique inférieure au niveau de sa séparation d'avec l'artère axillaire. (W. von Noorden. Deutsche Zeitsch. für chir., LXIII, 5-6).

Il s'agit d'une femme, âgée de 70 ans, qui fut prise d'une syncope et se luxa, en tombant, l'humérus droit. Le médecin, appelé immédiatement après l'accident, constata là l'existence d'une énorme ecchymose dans le creux axillaire droit, et posa le diagnostic de luxation sous-coracoïdienne. On ne fit pas de tentative de réduction, et, malgré l'emploi de divers moyens pour la ranimer, la malade succomba deux heures plus tard.

A l'autopsie on trouva, dans le creux axillaire droit, une poche ayant le volume d'une tête d'enfant et remplie de sang en partie coagulé et en partie liquide. L'épanchement sanguin s'étendait en avant sous la clavicule et le muscle pectoral, et, en arrière, jusque sous le muscle grand dorsal. Au niveau de sa séparation d'avec l'artère axillaire, l'artère thoracique inférieure présentait une déchirure comprenant toutes les tuniques et s'étendant aux deux tiers de la circonférence du vaisseau. L'examen microscopique de la paroi artérielle ne releva, en fait d'altérations pathologiques, qu'un léger degré d'épaississement non uniforme de la tunique interne.

OBSERVATION IV

Cas de M. le professeur Bodin, *in* Thèse de Ribereau. Bordeaux 1893-94, N° 93

R. B. ., 53 ans, n'a, dit-il, jamais été sérieusement malade: d'ailleurs il ne présente aucune tare héréditaire, sauf peut-être un peu d'arthritisme. Les parents sont morts âgés ; son père avait 78 ans, il était rhumatisant ; sa mère avait 75 ans, et s'était toujours bien portée. Parmi ses quatre sœurs, une qui a 48 ans est rhumatisante, les autres jouissent d'une bonne santé. Quant à lui, il a eu une fluxion de poitrine à 12 ans ; deux ans après, il tombe de cheval et se casse la jambe gauche ; à 17 ans, il fait une seconde chute et se fracture, cette fois, la jambe droite. Ces deux fractures guérissent très bien et il peut faire ses 7 années de service militaire et la campagne de 1870-1871. A cette époque, pendant la guerre, il est pris de douleurs dans les bras et les jambes, mais il ne s'arrête pas.

Après la guerre, il se marie en 1871. De son mariage naissent 4 enfants qui tous se portent très bien. Mais, à partir de la fin de la campagne, B... était devenu sujet aux douleurs. Dès qu'il se refroidissait, il était pris de frissons, suivis de douleurs siégeant dans toutes les articulations, mais surtout aux genoux et dans les avant-bras. Ces douleurs sont atroces, elles durent 2 ou 3 jours, puis disparaissent ; on dirait, dit-il, quelque chose qui le mord ; enfin elles surviennent aussi bien le jour que la nuit. Disons tout de suite que nous n'avons relevé chez B... aucune trace de syphilis. Malgré ces douleurs, il a toujours très bien marché et s'est toujours bien servi de ses bras.

Le 20 octobre 1893, il y a huit mois, étant à Rochecorbon, il veut prendre le tramway à vapeur pour rentrer à Tours; il ne le fait pas arrêter et saisit au passage la barre de fer d'arrière du tramway pour monter. Il ne peut arriver à mettre le pied sur le tramway et il est ainsi traîné pendant quelque temps, le bras gauche tenant le tramway, fortement tendu. Tout à coup B. éprouva comme une sensation d'arrachement dans l'épaule et tomba à terre sur le côté gauche et le bras toujours en extension. Le choc fut si violent, qu'après être tombé sur le côté il roula sur lui-même et se retrouva sur le dos. A ce moment il perdit connaissance deux ou trois minutes. Revenu à lui, il se relève seul, mais il ne peut remuer le bras gauche; il est obligé de soutenir sa main et son avant-bras en prenant l'extrémité de la manche de sa veste. Monté dans le tramway, il ne ressent rien et croit simplement avoir le bras cassé; mais bientôt il s'aperçoit qu'il ne peut remuer les doigts qui, selon son expression, sont morts. Il ne peut dire si à ce moment ils étaient plus froids que ceux du côté opposé.

Arrivé à Tours et rentré chez lui, il fait appeler M. le Dr Bodin qui vient aussitôt. Dès son arrivée, M. Bodin constate l'existence évidente d'une luxation sous-glénoïdienne de l'épaule. La saillie de l'acromion, la dépression deltoïdienne, la position en abduction forcée du bras ne laissent aucun doute à ce sujet. La réduction faite immédiatement fut très facile. M. Bodin n'eut besoin que de deux aides et il n'y eut que de très faibles tractions exercées. Le malade ne ressentit rien pendant la réduction de sa luxation. Il n'y avait aucune trace de tumeur dans l'aisselle, tout paraissait terminé lorsque le malade appela de nouveau l'attention de M. Bodin sur ses doigts qui étaient morts. A l'examen, il n'y avait cependant rien d'apparent, mais en cherchant le pouls M. Bodin s'aperçut qu'il n'y en avait plus. Il rechercha

alors avec grand soin les battements de la cubitale et de l'humérale, il ne les sentit pas. Le pronostic s'assombrissait singulièrement. Aussi M Bodin revint-il voir son malade dans la soirée, à dix heures et demie, c'est-à-dire cinq heures après l'accident qui s'était produit à 5 h. 1/2 du soir. A sa seconde visite, M Bodin ne trouva pas davantage les battements artériels, de plus le malade souffrait beaucoup de son avant-bras et la pulpe des doigts devenait violacée. On calma la douleur avec de la morphine et on attendit le lendemain; toujours rien dans l'aisselle, la main et l'avant-bras étaient insensibles.

Le lendemain et jours suivants, la teinte violacée puis noirâtre s'étendit des doigts à la main et l'avant-bras. Il n'y avait pas à douter, le membre supérieur était menacé de gangrène. En face d'une complication aussi grave, on rechercha si le malade présentait quelque diathèse, notamment on se demanda s'il n'était pas diabétique : il n'y avait pas de trace de sucre dans les urines, il n'existait aucun symptôme de diabète; il n'y avait pas non plus la moindre trace d'artério-sclérose, les artères radiales, humérales du côté droit sont souples; il n'y a rien au cœur; pas de cercle sénile; son aspect général est bon, l'appétit excellent. Avec un sujet aussi bon, M. Bodin résolut de ne pas intervenir encore; il enveloppa l'avant-bras et la main de compresses phéniquées et d'ouate.

Pendant six semaines, l'avant-bras resta violacé, la main seule continuait à noircir et finalement elle se détachait spontanément vers le 20 janvier, c'est-à-dire trois mois après l'accident. A ce moment, la teinte violacée de l'avant-bras avait peu à peu diminué et avait même disparu. Les battements de l'artère humérale ont été perçus, mais beaucoup plus faibles que du côté opposé.

Depuis cette époque ils ont augmenté de force, mais ils ne

sont pas encore aussi forts que dans l'humérale droite. D'ailleurs le malade n'est pas encore guéri, il y a eu des parties de l'avant-bras, insuffisamment irriguées, qui se sont sphacélées et éliminées, il y a de temps à autre formation d'un abcès. On donne comme traitement les bains phéniqués et les pansements ouatés. Il subsiste actuellement deux trajets fistuleux : l'un au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus, sur la face dorsale de l'avant-bras, l'autre au niveau de l'espace interosseux, à la face inférieure. Ce trajet est très long et se termine par une contre-ouverture qu'on a dû faire à environ deux travers de doigts au-dessous du pli du coude. Ajoutons qu'à l'avant-bras qui était insensible, la sensibilité est revenue au mois de février, c'est-à-dire quatre mois après l'accident.

Aujourd'hui, en examinant le malade, on est étonné de son bon état général lorsqu'on songe que depuis bientôt neuf mois il a l'avant-bras gauche entièrement malade et a eu de la suppuration aussi prolongée. Son épaule gauche est absolument normale, les mouvements se font tous très bien ; le bras lui-même est bien, il a exactement la même circonférence que le bras droit. L'avant-bras gauche seul est plus malade. Il a la même longueur que le droit, mais il est amaigri, il n'y a presque plus trace de muscles et on y trouve les deux fistules décrites plus haut. Pour les battements artériels on ne les trouve qu'à l'humérale, et on n'en trouve pas à l'avant-bras. Enfin, le malade a encore de temps en temps des abcès. Ajoutons qu'il n'y a pas de circulation collatérale superficielle.

Somme toute, étant donné le bon état général du sujet, avec une application rigoureuse de l'antisepsie, on peut espérer une guérison, avec le bras sûrement et l'avant-bras peut-être conservés.

OBSERVATION V

Adams. Cyclopædia of anat. and Physiology. art. Shoulder. Joint pp. 616, 617.

John Smith, âgé de 50 ans, fut renversé par un cheval emporté. Dix minutes après, il fut amené à l'hôpital de Jervis Street, couvert d'une sueur froide, pâle et en apparence en état de syncope profonde. On trouva une luxation de l'humérus. L'artère axillaire était également rompue; l'aisselle était remplie de sang extravasé; il y avait de la tuméfaction ou un anévrisme diffus: absence de pouls dans les artères radiale et cubitale. Le Dr Adams réduisit la luxation pendant que l'homme était encore dans un état de prostration dû au choc et à l'hémorragie interne. Dix jours plus tard, M. O'Reilly lia l'artère sous-clavière. L'homme guérit et vécut encore longtemps.

C'était un cas de luxation sous-glénoïdienne. Le malade guérit après avoir perdu les doigts par érysipèle et gangrène.

OBSERVATION VI

Korte. Cité par Hamilton, traduit par Poinso

Chez ce malade, la luxation produite par choc direct se réduisit spontanément. Il ne s'en forma pas moins un anévrisme pour lequel on fut obligé de pratiquer la ligature de l'axillaire. Des hémorragies consécutives rendirent nécessaire une nouvelle ligature sur un point plus élevé du vaisseau. Le malade fut emporté par l'anémie.

OBSERVATION VII

Luxation scapulo-humérale. — Rupture de l'artère axillaire. — Anévrisme faux primitif de la région axillaire. — Ligature de l'artère sous clavière suivie immédiatement de la désarticulation de l'épaule. — Mort (par M. Le Dentu)

Le vendredi 16 février 1877, entrant à l'Hôtel-Dieu un homme qui, le mercredi précédent, était tombé du haut d'une charrette chargée de foin. A la visite du 17, je constate chez lui l'existence d'une luxation de l'épaule gauche. La saillie de l'acromion, l'aplatissement de la région deltoïdienne, l'abduction assez prononcée du bras, l'impossibilité des mouvements volontaires, ne laissent aucun doute sur le déplacement de la tête humérale. L'exploration de la paroi antérieure de l'aisselle permet d'en sentir le relief au-dessous de l'apophyse coracoïde, et malgré une crépitation intense mais sourde que déterminent les mouvements de rotation imprimés à l'humérus, je rejette l'idée d'une fracture du col ou de la cavité glénoïde.

Néanmoins, la luxation est loin d'être simple; car, d'une part, tous les muscles du membre supérieur sont frappés d'une paralysie complète, et, d'autre part, le pouls manque totalement en avant du radius et à la face interne de l'humérus. Cette circonstance me ramène à une exploration plus attentive de la région axillaire, et alors je constate ce qui suit:

Une tuméfaction accompagnée de tension des téguments et de dureté des tissus sous-cutanés occupe toute la région limitée en dedans par les attaches du petit pectoral, en bas par le bord de l'aisselle qui est un peu bombé, en dehors par l'humérus déplacé et les attaches deltoïdiennes, en haut

par la clavicule. Ce dernier os recouvre un peu plus que dans l'état normal la partie profonde de la région sus-claviculaire.

L'extrémité des doigts appliqués perpendiculairement sur chacun des points où existe cette tuméfaction est soulevée partout, excepté en dehors de l'humérus, par des battements que l'œil perçoit encore mieux que le tact. C'est dans le creux axillaire, actuellement saillant et convexe, qu'ils ont leur maximum d'intensité.

Un souffle fort, suivant de très près les pulsations cardiaques, s'entend sans peine partout où il y a des battements; il est accompagné d'un peu de frémissement, mais ne se prolonge pas beaucoup au delà de la systole ventriculaire.

Au voisinage de cette région, à sa partie interne, s'entend un autre bruit de souffle qui précède de quelques instants celui que nous venons d'indiquer et coïncide exactement avec le premier bruit du cœur. Son maximum est à la base, mais il est encore très net à la pointe. Dans aucun de ces points il n'occupe tout le petit silence. Au second temps, à la base, exagération du bruit normal. L'orifice aortique est donc certainement malade et ses valvules doivent être atteintes de lésions qui rendent l'écoulement du sang difficile du cœur dans l'aorte et donnent lieu à un renforcement très marqué du second bruit.

La radiale droite se laisse facilement déprimer par le doigt; on ne sent pas à travers les téguments de plaques athéromateuses occupant l'épaisseur de sa paroi. La même remarque est applicable à l'humérale droite.

Le bras gauche est empâté, œdémateux dans certains points. Outre la paralysie du mouvement qui y est absolue, il y a encore à noter une anesthésie complète aux doigts, à la main, sur la face externe de l'avant-bras; la sensibilité existe, mais faiblement, à la face antéro-interne de l'avant-bras et

sur la plus grande partie du bras et du moignon de l'épaule, sauf la zone de distribution du rameau cutané de l'axillaire. Ici l'insensibilité est aussi absolue qu'à la main.

Le bras luxé présente de l'acromion à l'épithroclée, un allongement de plus de 1 centimètre relativement à l'autre.

Une ecchymose foncée colore en bleu noirâtre les téguments de l'aisselle; la paroi antérieure de l'aisselle offre plutôt une teinte brunâtre diffuse qu'une teinte ecchymotique franche. Sur le dos, les lombes et les flancs, se voient des traces évidentes de contusions violentes.

L'aspect général du sujet est digne d'attention. A lieu des 57 ans qu'il a réellement, on lui en donnerait 70 sans hésiter. Son teint d'un blanc jaunâtre, mêlé de bistre, la sécheresse de sa peau, les croûtes nombreuses de prurigo dont son dos est parsemé, les poux qui fourmillent dans ses cheveux, révèlent chez lui le triste assemblage de la misère, de la saleté et de l'anémie. Ajoutons, pour compléter ce tableau, que le blessé a avoué sans hésitation qu'il buvait chaque matin plusieurs verres d'eau-de-vie; mais il n'avoue pas que l'ivresse ait jamais été chez lui une habitude ni un accident fréquent.

Il nous est permis de supposer l'existence de lésions viscérales se rattachant à l'alcoolisme; mais rien ne permet de les affirmer, sauf du côté du cœur. Le foie a son volume anormal et l'urine ne contient ni sucre, ni albumine.

Bien que le malade soit un peu affaîssé, il ne présente pas de stupeur proprement dite, et il réagit parfaitement chaque fois que les mouvements imprimés au bras éveillent des douleurs. Le bras luxé n'est pas plus froid que l'autre, mais le malade dit que la veille il était plus sensible au froid.

Interrogé sur les circonstances qui se sont succédé pendant et depuis sa chute, le malade raconte qu'il est tombé d'une hauteur d'environ 4 mètres, le bras écarté du tronc,

qu'au moment où il atteignit terre, il ressentit une vive douleur dans l'épaule, que tout de suite après la chute il s'aperçut que la main était morte comme au moment où nous l'examinions, qu'au bout de trois heures environ, il éprouva des fourmillements dans l'épaule et dans le bras, qu'alors apparut l'empâtement noté plus haut, que pendant la nuit les douleurs et les fourmillements l'empêchèrent de dormir, et qu'enfin le lendemain matin seulement il constata pour la première fois que son membre était frappé d'insensibilité.

Tous ces détails relevés avec soin par M. Lebec, interne du service, ont été confirmés par mes propres explorations et par les questions que j'adressai à mon tour au blessé.

Dans ces conditions, fallait-il chercher à obtenir la réduction de la luxation ? Evidemment non. C'eût été s'exposer à rompre la poche de très récente formation dans laquelle était contenu le sang. Je me bornai donc à faire tirer sur le bras par un seul aide, dans une direction oblique en bas et en dehors ; la luxation ne s'étant pas réduite de suite, je n'insistai pas et renvoyai le malade à son lit.

Le 17 au soir, une tuméfaction considérable occupait la partie latérale externe du dos. Elle s'était produite depuis le matin et ne pouvait être due qu'à une infiltration diffuse de sang. On ne percevait alors à ce niveau ni battements, ni souffle. La fluctuation était évidente.

Le 18 au matin, je constate cette tuméfaction et lui donne la même interprétation. Toujours pas de souffle ni de battements, mais une fluctuation molle très accusée. L'omoplate est un peu soulevée en arrière, la clavicule est repoussée en haut. Descendant jusqu'aux limites du thorax, la tuméfaction se confond par en haut avec celle de la région axillaire.

Rien de changé dans cette région ; mais le souffle et les battements ont gagné la région deltoïdienne dans sa partie

antérieure. On perçoit les unes et les autres au-dessous de l'acromion.

Température, 37°7. Pouls, 92.

Le soir, température, 37°5. Pouls, 100.

Le 19 au matin, température, 37°5. Pouls, 100.

Le soir, 38°8 et 108 pulsations

Bien que le malade ait souffert dans l'aisselle et ait mal dormi, son état général ne s'est pas aggravé. La teinte blanc jaunâtre des téguments est à peu près la même.

Une situation aussi dangereuse ne pouvant se prolonger sans dommage pour le blessé, je crois le moment favorable pour mettre à exécution le plan opératoire que m'ont suggéré mes réflexions, les recherches auxquelles je me suis livré depuis trois jours

Comme il serait tout aussi inopportun qu'au premier jour de chercher à réduire, je suis bien décidé à ne plus m'occuper de la luxation. Il s'agit avant tout de sauver la vie du blessé ; l'usage ultérieur de son membre ne peut venir qu'en seconde ligne dans nos préoccupations actuelles.

Il nous faut opter entre la désarticulation de l'épaule et un moyen moins radical, tel que la ligature de l'artère sous-clavière. Cette dernière arrêterait les progrès de l'anévrisme faux primitif, et pourrait même le guérir, si la situation n'était pas rendue complexe par l'envahissement de la cavité scapulo-humérale par le sang. La suppuration du foyer étant considérée par tous les auteurs comme une conséquence fatale de cette complication, la ligature de la sous-clavière ne pouvant s'opposer à la suppuration, et exposant en outre à la gangrène du membre, mon avis est, en dernière analyse, qu'il n'y a qu'un moyen de sauver les jours du malade, c'est de pratiquer la désarticulation de l'épaule. Cette opération me semble indiquée encore par la paralysie du membre supérieur.

Mais, d'autre part, comme je crois qu'il serait imprudent, vu l'état d'anémie du malade, de désarticuler en plein anévrisme, et que les causes qui ont déterminé la rupture de l'axillaire pourraient bien en rendre la ligature difficile dans la plaie, je m'arrête définitivement au plan opératoire suivant :

- 1^o Poser une ligature d'attente sous la sous-clavière ;
- 2^o Faire comprimer l'artère sous la première côte par un aide ;
- 3^o Procéder à la désarticulation, et lier l'axillaire dans le lambeau interne ;
- 4^o Serrer le fil de la sous-clavière dans le cas où la compression serait difficile à faire, et où l'axillaire ne pourrait être convenablement liée.

Le lundi soir, 38°8 et 108 pulsations.

Le mardi 20, au matin, le malade refuse l'opération. La température était de 38°, le pouls à 100.

Le soir, température, 38°6 ; pouls, 112.

Le mercredi 21, état à peu près semblable ; température, 38°9 ; pouls, 112.

Le malade a souffert de son épaule, mais modérément. Il ne présente ni stupeur, ni affaiblissement marqué. Il paraît seulement très préoccupé de l'opération, que je lui propose de nouveau. Cette fois il l'accepte.

La ligature de la sous-clavière gauche est rendue difficile et longue par le volume énorme et la situation anormale de la veine jugulaire externe qui occupe le milieu de la région sus-claviculaire, par l'élévation de la clavicule que le sac anévrisimal a repoussée en haut, enfin par la crainte que j'éprouve de déchirer l'aponévrose du sous-clavier et d'ouvrir un passage au sang de la région axillaire dans la région sous-claviculaire.

Après de vains efforts pour lier le vaisseau artériel en

dedans de la veine jugulaire externe, je me décide à couper cette dernière entre deux ligatures.

Un fil ayant été passé sous la sous-clavière, je la fais comprimer et je commence la désarticulation ; mais je m'aperçois bientôt que, malgré la compression, l'axillaire laisse passer encore du sang en grande quantité. Je serre alors le fil de la sous-clavière et je continue la désarticulation. Chemin faisant, je m'aperçois que la capsule fibreuse est presque entièrement déchirée, sauf à sa partie postérieure humérale, et que la tête occupe bien la place que nous lui supposons.

Quelques ligatures sont posées sur de petits vaisseaux qui donnent malgré la ligature de la sous-clavière.

L'artère axillaire en laisse couler en nappe une certaine quantité par son bout supérieur. Elle est complètement rompue. Les bords de la solution de continuité sont irréguliers.

Les deux tuniques internes ne sont nullement recroquevillées. L'orifice est largement béant.

En ce point, l'artère est tellement athéromateuse qu'on ne peut, sans en détacher des lambeaux, l'attirer avec des pinces. Je renonce à y passer un fil et je laisse à demeure une pince hémostatique.

La poche anévrismale est formée de trois portions : un vaste diverticulum à large orifice pénètre sous le petit et le grand pectoral ; un autre, correspondant à la tuméfaction du dos, s'ouvre dans l'aisselle par un étroit passage ; la poche principale occupe l'aisselle proprement dite et la cavité scapulo-humérale.

Du pus s'écoule en quantité notable du diverticulum sous-pectoral. Dans les autres il n'y a que du sang et les caillots noirs. Une longue incision verticale me permet de nettoyer avec la main et de laver avec des injections phéniquées la

poche dorsale ; des manœuvres semblables sont pratiquées sur les deux autres.

Je réunis les lambeaux par des points de suture métallique et je complète l'opération par le pansement de Lister. Toute l'opération avait été faite sous la pulvérisation phéniquée.

Le 21 au soir, température, 37°6 ; pouls, 84, agitation pendant la nuit, 0,10 centigrammes d'extrait de thébaïque.

Le 22 au matin, le calme est revenu, mais il y a de l'abattement ; la langue est un peu sèche ; température, 39°2 ; pouls, 116.

Le soir, la température monte à 40°, le pouls à 120, prostration, intermittences du pouls ; le malade succombe le lendemain vers 5 heures du matin. Autopsie du bras après la désarticulation.

L'artère humérale est athéromateuse dans toute son étendue, mais principalement dans certains points où des plaques dures la maintiennent béante. Une infiltration sanguine remarquable par son étendue, sus-aponévrotique à la face postérieure du bras et de l'avant-bras, intermusculaire à la face antéro-interne de l'avant-bras, occupe tout le membre depuis l'aisselle jusqu'à la main inclusivement ; nulle part cependant il n'y a de sang fluide.

Les faisceaux musculaires sont écartés par une infiltration graisseuse abondante.

Après une section de la tête humérale, celle-ci se montre également infiltrée de graisse jaune et recouverte à sa périphérie d'une très mince couche de tissu compact. La moelle rouge semble avoir entièrement disparu.

Les cartilages d'encroûtement offrent des traces d'arthrite sèche ancienne.

Autopsie du sujet pratiquée 30 heures après la mort. —

Le cadavre entier est déjà dans un état de putréfaction si avancée qu'il est envahi par un emphysème général. Malgré la présence des gaz dans les tissus, on reconnaît sans peine que le foie et les reins sont stéatosés. La rate est diffluite.

Le médiastin antérieur est un peu infiltré de sang. Le cœur est fortement teinté en rouge immédiatement sous l'endocarde.

Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont raides et épaissies, mais ne présentent pas de plaques calcaires. Des lésions semblables, mais moins accentuées, se remarquent sur la valvule mitrale.

Il n'y a pas une seule plaque calcaire sur toute l'étendue de l'aorte, sur les vaisseaux artériels du côté droit du corps. Un certain degré d'épaississement des tuniques serait la seule particularité à noter, si l'on ne trouvait dans certains points de la paroi quelques petites plaques athéromateuses non saillantes, reconnaissables à leur jaune bien plutôt qu'à leur relief.

La sous-clavière gauche et l'axillaire du même côté ne sont pas très sensiblement altérées; elles sont seulement épaissies et friables. A l'endroit de la rupture, les trois tuniques artérielles s'arrêtent au même niveau. La nodosité athéromateuse constatée au moment de l'opération a été détachée par la pince hémostatique.

Au-dessus et au-dessous de la ligature existe un caillot ferme d'un centimètre de long au-dessus, un peu plus au-dessous. Les caillots ne sont adhérents que par leur extrémité en contact avec le point lié.

Aucune branche collatérale ne naît au voisinage de ce dernier. La plus proche est à près de 2 centimètres.

A défaut de lésions organiques capables de rendre compte

de la mort rapide, celle-ci me paraît donc être attribuée au choc traumatique, à la perte de sang, à la sénilité précoce et aux altérations d'origine alcoolique des reins et du foie.

OBSERVATION VIII

Anévrisme diffus volumineuse de l'aisselle. Tentative de ligature de la sous-clavière. Mort (Desprès, *in* Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1878, tome IV).

Chatel Françoise, 40 ans, journalière, entre, le 15 décembre 1877, à l'hôpital Cochin, salle Cochin, 7.

La veille de son entrée, cette femme a été battue par un individu vigoureux, qui, la tenant par la main, lui a tordu avec force le bras dans différents sens. La malade a entendu, dans son épaule, des craquements violents et s'est trouvée mal.

A son entrée, les mouvements spontanés de l'épaule droite sont absolument impossibles, les mouvements provoqués possibles, mais douloureux.

Tuméfaction considérable du moignon de l'épaule ; le creux de l'aisselle paraît occupé par un épanchement sanguin considérable. Ecchymoses de l'aisselle et de la face interne du bras. Pas de battements. Le poulx existe dans la radiale et dans la cubitale. La paroi antérieure de l'aisselle est sillonnée par de nombreuses veines dilatées.

Diagnostic : Epanchement sanguin considérable, dû probablement à des ruptures musculaires et veineuses.

24 décembre. — Pendant la nuit, douleur subite dans l'épaule se propageant au bras, à l'avant-bras et à la main. Sensation de fourmillement dans la main et au bout des doigts. Sensation de brûlure dans toute la région palmaire.

La paroi antérieure de l'aisselle paraît plus saillante que la veille. Le bras est tuméfié.

Les doigts appliqués sur la paroi axillaire antérieure sont soulevés avec une force assez considérable, on entend un souffle à l'auscultation

Le pouls radial droit est plus petit que le gauche, mais toujours perceptible.

Pas de différence de température dans les deux mains

En présence de ces nouveaux signes, on porte le diagnostic : Anévrisme faux consécutif sur une des branches collatérales de l'axillaire, l'acromio-thoracique ou les circonflexes.

Les jours suivants, même état. Augmentation du bras et de l'avant-bras.

7 janvier. — Grandes crises de douleurs qui ne sont soulagées ni par l'opium, ni par les piqûres de morphine.

M. Desprès propose la désarticulation de l'épaule, qui est refusée énergiquement.

La compression digitale ne pouvant être tentée à cause de l'élévation de la clavicule et du gonflement énorme de l'épaule, il fallut songer à la ligature pour empêcher, du moins, l'accroissement et la rupture de l'anévrisme ; en tout cas, avant de faire la ligature, il était prudent d'attendre le rétablissement de la circulation collatérale : c'était l'avis de M. Broca que M. Desprès avait prié d'examiner la malade.

9 et 10 janvier. — Accroissement lent de la tumeur, mais avec des crises douloureuses, quoiqu'il n'y ait aucune menace de suppuration

12 janvier. — Violent frisson, la température monte à 39°4. Un grand vésicatoire placé sur l'épaule droite fait tomber la température à 37°6, puis à 38°.

Les battements ont disparu, le bruit de souffle seul persiste avec son maximum sur le bras et non sur la tumeur primitive, fluctuation sans battement sur le bord postérieur

du deltoïde. M. Desprès pense que l'articulation est remplie de sang, mais l'absence de douleurs sur la partie fluctuante permet d'affirmer qu'il n'y a pas de pus, On propose de nouveau la désarticulation.

Nouvelles crises aiguës les 14, 15 et 16 janvier Vésicatoires volants qui ont certainement empêché la suppuration de l'anévrisme.

L'œdème du bras, de l'avant-bras augmente ; le creux axillaire sus-claviculaire est presque effacé, mais la tumeur est devenue un peu plus dure, les battements ne persistent plus que dans l'aisselle et en arrière, au niveau du point fluctuant. Crises les 18, 19, 21, 22 et 23 janvier.

Il n'y avait plus qu'à attendre l'ouverture de l'anévrisme et la mort, ou à tenter la ligature de la sous-clavière ; nous pûmes obtenir que la malade se laissât faire ce que nous appelions une incision. Depuis 8 jours, la malade dépérissait et présentait les signes évidents de l'anémie aiguë, les lèvres étaient pâles et l'amaigrissement du corps était considérable. Il est juste de dire que la malade, depuis que l'on était obligé de la narcotiser, avait perdu l'appétit et ne se nourrissait que de bouillons.

Le 28 janvier, M. Desprès pratique l'opération de la ligature avec l'aide de MM. Nicaise et Delens.

La malade est chloroformée, incision parallèle à la clavicule de 8 centimètres de long et à 1 centimètre de large au-dessus de la clavicule, recherche de la veine jugulaire externe qui est attirée en dehors et en arrière. Incision de l'aponévrose sur la sonde cannelée, une petite veinule ouverte est serrée dans une pince.

Recherche du paquet nerveux. — La profondeur à laquelle il fallut aller était de 7 centimètres au moins. La malade était opérée à son lit ; l'épaule, appuyée sur un oreiller bas,

était exposée à la lumière venant d'en haut, mais le jour n'était pas suffisant et l'on dut avoir recours à la lumière d'un rat de cave. Il n'est pas besoin de dire que le gonflement de toute l'épaule s'opposait absolument à l'abaissement du moignon de l'épaule, le plexus brachial découvert et attiré en arrière, l'artère fut recherchée au milieu du tissu cellulaire infiltré de sang. Le tubercule de la première côte ne pouvait être senti, les recherches que M. Desprès conduisait avec lenteur furent très longues, il fallait dénuder le moins possible les nerfs et les artères pour éviter les fusées purulentes et la suppuration de l'anévrisme diffus et la pleurésie purulente. Une autre circonstance rendait cette recherche difficile, c'était la faiblesse du battement de l'artère qui était étirée et aplatie sur la première côte, où on la trouva tout à fait sous le tendon du scalène antérieur. De cette artère partait une artériole diminuée de volume qui battait cependant et qui paraissait être la scapulaire commune. Il n'y avait aucun écoulement gênant de sang. L'artère fut alors isolée dans une très petite étendue et elle dut être séparée du tissu cellulaire avec une forte sonde cannelée. Les battements une fois reconnus, M. Desprès chargea l'artère avec une aiguille de Deschamps à courbure latérale de dimension ordinaire. L'artère fut chargée, mais il fut impossible de dégager la pointe de l'aiguille qui accrochait les nerfs. L'aiguille avait une courbure trop grande. M. Desprès, n'ayant pas d'aiguille à petite courbure telle que celle de M. Trélat, recommença avec la même aiguille, qui ne put pas soulever la partie chargée, et il fallut avec une pince aller chercher le fil qui se voyait à peine au bout de l'aiguille qui ne pouvait pas remonter. Le talon de l'aiguille et le manche étaient limités dans leurs mouvements par la clavicule et la première côte. Lorsque le fil fut placé, on chercha les battements et on les sentit faiblement ; mais, comme

on les avait sentis avant la ligature, le fil fut serré, la plaie pansée avec des bandelettes de diachylon et des compresses à la température de la salle. L'opération avait duré une heure.

Immédiatement après l'opération, les battements ont disparu. La température du membre est plus basse que celle du côté opposé de 6/10 de degré. Douleurs dans le bras.

Le 29, la tumeur est dans le même état, battements faibles, bruit de souffle dans l'anévrisme.

Le 30, température 39°6; battements à la partie antérieure du bras.

La plaie suppure peu, pas de traces d'inflammation.

Le 31, battements plus faibles, température 39°.

Le 1^{er} février, l'œdème de la main et de l'avant-bras augmente, fluctuation franche dans la tumeur, battements imperceptibles, température 37°6. La malade ne se nourrit que de bouillon, depuis son opération comme avant l'opération.

La malade s'affaiblit toujours et ses lèvres pâlissent, il y a au siège une petite escharre qui s'agrandit.

Le 2 février, œdème dur de tout le membre, la tumeur ne change toujours pas de volume.

Le 3, température 39°2.

Le 4, douleurs continues, température 39°.

Le 5, une grande crise de douleurs semblables à celles qui existaient avant l'opération.

L'amputation du bras est encore proposée à la malade, qui la refuse.

Le 6, la main et l'avant-bras deviennent insensibles. Phlictènes et marbrures sur le bras.

La tumeur, examinée, est dure et ne présente plus de battements ni de souffle qu'à la partie supérieure du bras.

La gangrène du bras se confirme. Etat anémique de plus en plus marqué. Température 38°8.

La plaie est toujours en bon état. Il y a eu dans la nuit une crise douloureuse.

Le 7, même état.

Le 8, au matin, mort.

A l'autopsie, nous avons trouvé une vaste poche pleine de caillots passifs, comprenant l'aisselle, l'articulation scapulo-humérale, la voûte acromiale, la région sous-scapulaire où l'omoplate était à nu; la tête de l'humérus, jusqu'au delà du col chirurgical dénudé, baignait dans des caillots mous; les artères, les nerfs, les tendons disséqués, traversaient la poche anévrismale. L'artère axillaire accolée à la paroi antérieure de la poche était aplatie comme un ruban. La veine axillaire entourée de tissu lardacé n'avait plus de veines afférentes et était réduite à un cordon mince; les muscles petit pectoral, sus et sous-épineux et sous-scapulaires étaient arrachés ou aplatis.

L'artère axillaire était intacte, le vaisseau blessé était le tronc commun des circonflexes qui avait été arraché à son origine. Il y avait à ce niveau, en dehors de l'artère, des caillots actifs, trace de l'anévrisme faux consécutif qui avait existé au début.

La thoracique longue sortait de l'artère axillaire très près de l'artère arrachée, moins de 5 millimètres. Pour donner une idée du volume de la tumeur, il suffira de dire que *post mortem* on a retiré de l'anévrisme plus de deux litres et demi de caillots passifs; en aucun point il n'y avait de pus.

Du côté de la plaie de la ligature, les parties molles étaient en voie de réparation, il n'y avait pas de fusées purulentes. Le nerf radial seul avait été lié, l'artère avait échappé. Elle était dénudée dans une étendue de moins de 1 centimètre

et était située immédiatement au-dessous du nerf qui lui était intimement accolé.

En lisant l'observation que nous venons de rapporter tout au long, il semble qu'elle n'ait rien de commun avec notre sujet. En effet, ni dans l'observation elle-même, ni dans l'autopsie, nous ne trouvons de description de luxation de l'épaule. Cependant, M. Desprès fait suivre son observation de quelques réflexions, parmi lesquelles nous retiendrons celle-ci qui montre bien les rapports de cette observation avec notre travail :

« La capsule de l'articulation est très largement déchirée, il y a dû y avoir une luxation de l'épaule au moment de l'accident, mais la luxation s'est réduite seule à cause de l'étendue de la déchirure de la capsule ».

OBSERVATION IX

Dissection récente d'une luxation sous-glénoidienne de l'humérus; déchirure incomplète du nerf et de l'artère circonflexes, par le docteur Parise (de Lille) (in *Gazette médicale de Paris*, 1863, page 210).

Un ouvrier polisseur de machines en fer, âgé de 37 ans, fortement constitué, est apporté à la clinique le 5 octobre 1861 atteint de diverses blessures graves.

Occupé à polir une pièce de fonte sur une meule ayant près de 2 mètres de diamètre et mue avec une très grande rapidité par la vapeur, cet ouvrier était assis sur un grand bloc de bois, ayant les avant-bras appuyés sur une planche transversale qui s'avancait un peu sur la meule, lorsque celle-ci se brisant en deux moitiés, l'une de ses moitiés est projetée verticalement en l'air, traverse un lanterneau, etc., et, dans son mouvement d'ascension, rejette violemment en arrière et en haut le bloc sur lequel il était assis et la tra-

verse sur laquelle il appuyait ses bras, et le lance lui-même à plus de 3 mètres en arrière. Relevé sans connaissance, il est transporté à l'hôpital, où il meurt 3 heures 1/2 environ après l'accident.

Entre autres lésions, on constata une luxation de l'humérus gauche en bas; aucune tentative de réduction ne fut faite, ni pendant la vie ni après la mort, avant la dissection de l'articulation luxée. Je ne vis le blessé qu'après sa mort. Je ferai remarquer tout de suite que la dissection a été faite par moi-même, le membre restant en place afin de ne rien changer aux rapports nouveaux de la tête luxée, et que la description a été écrite sous ma dictée à mesure que la dissection avançait.

Ce ne fut que plus tard et pour voir l'intérieur de la capsule que le bras fut détaché du tronc avec le scapulum et la clavicule. La tête de l'humérus est dans l'aisselle; on voit le relief qu'elle forme sous la peau de la base de cette région. On la sent avec les doigts, comme si elle était à nu. Elle remplit presque toute la base de l'aisselle, mais on peut cependant glisser les doigts entre elle et la paroi thoracique sans difficultés. Le moignon de l'épaule est complètement aplati; l'acromion saillant, le deltoïde tendu au-devant de la cavité glénoïde, dans laquelle on peut aisément enfoncer les doigts. Le bras placé sur le côté du tronc est un peu écarté et manifestement allongé de 1 cent. 1/2 à 2 cent. environ (il n'a pas été mesuré exactement); il est aussi un peu porté dans la rotation externe. La paroi antérieure de l'aisselle a plus de hauteur que celle du côté opposé; elle n'offre qu'une légère saillie vers son bord inférieur, au niveau de la tête humérale; celle-ci peut être sentie à travers le grand pectoral au-dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde; l'intervalle qui sépare ces deux éminences peut ad-

mettre le pouce, c'est-à-dire qu'il est d'un grand travers de doigt. Aucune trace de contusion autour de l'articulation.

La tête de l'humérus regarde directement en dedans, le faisceau vasculaire et nerveux étalé et contourné sur elle la recouvre immédiatement de ce côté. En avant elle est couverte par le grand pectoral et même un peu par le petit pectoral qui ne la touche que par son bord inférieur. Directement en haut, elle est couverte par le bord inférieur du muscle sous-scapulaire qui la contourne dans la moitié de sa circonférence et semble se rouler sur elle en forme de cordon arrondi. Ce muscle, appliqué sur elle, la sépare de l'apophyse coracoïde, et laisse encore entre lui et cette apophyse un intervalle d'un travers de doigt. Le bec coracoïdien est placé plus d'un centimètre et demi en dehors. Non seulement il se trouve en dehors de la portion articulaire, tête proprement dite, mais en dehors de la petite tubérosité.

Le muscle coraco-brachial tendu répond immédiatement en dehors de la petite tubérosité. Il en est de même de la courte portion du biceps, laquelle est placée plus en dehors encore.

En arrière, la tête humérale est appuyée sur la face interne du bord axillaire de l'omoplate, immédiatement en dedans de la longue portion du triceps qu'elle touche, et immédiatement en bas et en dedans du col glénoïdien, tandis que le trochiter arraché dans presque toute son épaisseur est appliqué dans sa partie postérieure sur le bourrelet glénoïdien et la portion voisine de la cavité glénoïde à sa partie inférieure et interne.

Le tendon du muscle sous-scapulaire, qui a suivi la tête dans son déplacement en bas et en dedans, se trouve ainsi éloigné de sa gouttière sous-coracoïdienne d'un grand travers de doigt.

Le sus-épineux croise obliquement la cavité glénoïde; le sous-épineux et le petit rond fortement appliqués sur cette cavité la croisent obliquement en se contournant sur elle et s'éloignant de l'acromion.

Une ecchymose située sous le deltoïde semble combler le vide de sa face profonde: ce muscle, de même que les sus-épineux, sous-épineux et le petit rond étant détachés de leurs insertions au scapulum et renversés, la capsule est incisée à son côté postérieur. Il est facile alors de constater:

1^o Que la cavité glénoïde n'offre aucune altération non plus que son bourrelet;

2^o Que le tendon de la longue portion du biceps, parfaitement intact, croise obliquement de bas en haut et d'avant en arrière le plan de la cavité;

3^o Que les muscles sus-épineux et sous-épineux sont séparés de l'humérus par un véritable arrachement de leurs attaches, la grosse tubérosité de cet os ayant été arrachée dans presque toute son étendue. Quant au petit rond, quelques-unes de ses fibres sont déchirées, mais son insertion humérale au-dessous du trochiter est conservée, il se contourne d'une manière très remarquable sur le bord antérieur de la longue portion du triceps.

La capsule, intacte à ses insertions scapulaires, est déchirée à ses insertions inférieures, en dedans; son ouverture est complétée par l'arrachement des insertions du sus-épineux, du sous-épineux et d'une partie du petit rond. A partir de ces points arrachés, le périoste est détaché dans l'étendue de 2 à 3 centimètres sur le corps de l'humérus, de telle sorte que l'on peut dire que l'attache humérale de la capsule est entièrement déchirée, sauf le point qui se confond avec le tendon du sous-scapulaire. Presque tout le trochiter est arraché, mais il tient encore à l'humérus par le périoste décollé dans une assez grande étendue et non déchiré. Du

côté de sa déchirure, c'est-à-dire en bas et en dedans, la capsule forme une sorte de lambeau triangulaire, irrégulier, terminé par une pointe de 3 à 4 centimètres de longueur, laquelle est libre

Si l'on tente la réduction, voici ce que l'on observe: si l'on fait l'extension oblique, on ne peut dégager la tête, à cause de la tension de la portion antérieure intacte de la capsule et à cause de la tension de la courte portion du biceps et du coraco-brachial. Celui-ci forme une corde tendue immédiatement en dehors de la petite tubérosité humérale. La tête semble en même temps accrochée par la saillie du bord glénoïdien. Si, au contraire, on relève le bras de manière à le rapprocher de la ligne parallèle au bord axillaire de l'omoplate, tous les obstacles disparaissent et la tête rentre seule dans sa cavité. La rotation en dedans favorise cette rentrée en dégageant la petite tubérosité accrochée, comme nous l'avons dit, par le coraco-brachial.

Pendant la réduction, la capsule est entraînée et vient se placer entre la tête et la cavité. Cependant en faisant exécuter quelques mouvements à l'articulation, cette capsule se dégage presque entièrement.

Le nerf circonflexe, fortement appliqué sur la tête humérale qu'il contourne, est infiltré de sang dans toute sa longueur; il contraste, sous ce rapport, avec les autres nerfs de l'aisselle, il ressemble plus à une veine qu'à un nerf. En le suivant par la dissection, on s'assure qu'il est presque complètement déchiré. Ses filets sont rompus à diverses hauteurs; un seul a pu être suivi jusque dans le deltoïde.

Les autres nerfs de l'aisselle, étalés sur le côté interne de la tête luxée, ne paraissent nullement altérés; il en est de même de l'artère et de la veine axillaires qui sont simplement aplaties. Mais l'artère circonflexe postérieure présente une lésion curieuse: elle offre immédiatement à son origine

à l'axillaire une déchirure de ses membranes interne et moyenne et dans la moitié de sa circonférence, du côté supérieur seulement. Sa membrane externe non déchirée s'est opposée à toute hémorragie, bien qu'il n'y ait presque pas de caillots dans ce point du vaisseau. Il est remarquable qu'il n'y ait presque pas d'ecchymose dans l'aisselle, tandis qu'il en existe une très étendue sur la peau en dedans du coude et de la partie inférieure du bras

OBSERVATION X

Nélaton. Journal médico-chirurgical de 1855.

Une dame, assez âgée, habitant la province, se luxa l'humérus; il s'agissait d'une luxation sous-glénoïdienne.

Aussitôt après l'accident, on s'aperçut qu'il existait une paralysie du membre supérieur; des tentatives de réduction furent faites et on ramena, sans difficultés, la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde; la paralysie persista.

Après la réduction, on s'aperçut qu'il existait à la partie supérieure de l'épaule une tumeur diffuse assez étendue; plusieurs médecins, consultés, furent d'avis qu'il s'agissait d'un abcès froid et songèrent à pratiquer une incision; un d'entre eux, celui qui fut chargé de l'ouvrir, préféra en faire l'ouverture en appliquant de la potasse caustique; lorsque l'escharre tomba, les médecins insistèrent de nouveau, pour que l'abcès fût ouvert avec le bistouri. M. Nélaton fut alors appelé et reconnut qu'il existait là une tumeur anévrysmale qui était le siège de battements énergiques et donnait lieu à des mouvements de soulèvement et d'expansion très prononcés. En présence d'une affection aussi grave, il n'y avait que deux partis à prendre : abandonner la tumeur à elle-

même et laisser arriver la rupture de la poche, ou pratiquer la ligature de l'artère sous-clavière. La malade vint à Paris; Bérard fut consulté et on décida que la ligature de l'artère serait faite; cette opération fut pratiquée par M. Nélaton.

Au moment où cette ligature fut faite, la tumeur, très volumineuse, semblait prête à se rompre; il y avait dans l'aisselle un point où la peau était amincie, de couleur bleuâtre et la rupture semblait imminente. Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, la tumeur diminua, les battements devinrent moins énergiques, et le septième jour après l'opération, les choses allaient aussi bien que possible, lorsque la tumeur s'ouvrit tout à coup par la rupture de la poche, et la malade mourut.

A l'autopsie, on reconnut qu'il y avait une rupture de l'artère axillaire, par laquelle le sang s'était épanché dans la cavité formée par la tête de l'humérus déplacée dans le principe et, en outre, dans la cavité articulaire normale reformée, où le sang avait pénétré par l'ouverture de la capsule fibreuse. Il en résultait une vaste poche anévrysmale.

Une fâcheuse disposition des parties avait rendu inutile la ligature de la sous-clavière; la rupture de l'artère se trouvait au niveau de la scapulaire commune, et le sang, ramené par ce vaisseau, continuait à aborder librement dans la poche dont il avait déterminé la rupture. En examinant l'état du vaisseau, on reconnut qu'il existait une perforation située vis-à-vis de l'origine de la scapulaire commune; cette ouverture, de forme elliptique, présentait, dans son grand diamètre parallèle à l'axe de l'artère, de 7 à 8 millimètres de longueur sur 5 à 6 millimètres de largeur.

OBSERVATION XI

(Cas de Bérard, *in* Traité des fractures et luxations de Malgaigne, 1855).

Cas de lésion artérielle survenue au moment même où se produisit une luxation sous-coracoïdienne. Le blessé succomba à la gangrène. On trouva les deux tuniques externe et interne de l'artère axillaire rompues sur toute la circonférence; la tunique celluleuse s'était allongée comme un tube effilé à la lampe. Cette lésion fut suivie de l'oblitération du vaisseau, de la gangrène de plusieurs doigts et, enfin, de la mort du malade. Seule, l'absence de battements dans les artères radiale et cubitale avait fait soupçonner une lésion artérielle.

TRAITEMENT

Si le médecin appelé auprès d'un malade constate chez ce dernier l'absence du pouls radial, un anévrisme diffus volumineux, si de plus le malade présente les signes d'hémorragie grave : pâleur de la face, pouls petit, tendance aux lypothimies, à la syncope, on ne se préoccupera que de la rupture des vaisseaux, et sans plus tarder on interviendra.

Quelle sera cette intervention ?

Deux cas peuvent être envisagés :

1^o On a constaté l'absence de pouls radial et la présence d'un anévrisme diffus augmentant rapidement de volume ; en un mot, on a reconnu que l'artère axillaire est rompue ;

2^o On a affaire à une hémorragie interstitielle ; il n'existe pas de souffle, pas de battements artériels, le pouls est conservé, on a beaucoup de chance pour que la veine soit lésée.

Dans le premier cas, on ne devra pas lier la sous-clavière ; il faut aller à la recherche de l'axillaire, et assurer l'hémostase par une double ligature placée au-dessus et au-dessous de l'ouverture vasculaire.

Pourquoi ?

Tout d'abord, on peut avoir affaire à un sujet à cou très court, dont les régions sus et sous-claviculaires sont très fortement distendues, de sorte que la recherche de l'artère sous-clavière est particulièrement difficile pour ne pas dire impossible. De plus, la ligature de la sous-clavière à distance

n'est plus guère défendue aujourd'hui, et, dans le cas particulier, il faut bien se pénétrer de cette idée que c'est l'ouverture seule du creux axillaire qui nous donnera du jour, qui nous permettra de nous rendre compte des lésions, que ce soit l'artère ou la veine qui soit blessée.

Nous reproduirons volontiers ici l'opinion de Villard et nous dirons avec lui : « Que la ligature des deux bouts d'une artère divisée, fût-elle l'axillaire, est la méthode de choix depuis l'application de l'antisepsie. Elle assure mieux l'hémostase que la ligature à distance de la sous-clavière. Elle favorise moins la production de la gangrène; après la ligature de la sous-clavière, une double circulation collatérale doit s'établir, tandis qu'après la ligature des deux bouts de l'axillaire un seul réseau collatéral suffit au rétablissement de la circulation ».

Dans le deuxième cas, c'est-à-dire si c'est la veine axillaire qui est lésée, deux ordres de faits peuvent se produire :

1^o L'hémorragie est peu considérable, la malade n'a aucun symptôme de ruptures artérielles, il n'existe pas de souffle, on ne perçoit pas de battements, quelques taches ecchymotiques sont seules apparentes, sans tuméfaction considérable, l'état général du sujet est assez satisfaisant. Quelle conduite faudra-t-il tenir ?

Tout d'abord, on tentera la réduction de la luxation par le procédé de Kocher, mais avec beaucoup de prudence, et pour cela il faudra que le chirurgien procède avec circonspection, et s'il ne peut réussir il ne devra pas trop insister. Le malade sera mis ensuite au repos absolu et on fera la compression ouatée du creux de l'aisselle.

2^o La rupture de la veine axillaire peut donner lieu à des hémorragies parfois très graves avec hématome considérable pouvant distendre les téguments et agir, par compres-

sion, sur les organes voisins. Dans ce cas, la conduite à tenir sera très différente :

Intervention précoce, découverte et ligature du vaisseau lésé : telle est la méthode de choix.

Il est certain qu'il faudra aussi agir suivant les circonstances. Si l'on se trouve en présence d'un sujet faible, d'un âge avancé, avec tendance à la syncope et à la lypothimie ; si le foyer hémorragique est considérable, il y aura contre-indication à intervenir. On cherchera par tous les moyens possibles à remonter le malade, afin qu'il puisse supporter plus tard le schock opératoire qui est toujours à craindre après un traumatisme aussi grave.

Lorsque tous ces moyens auront été épuisés, lorsque le chirurgien n'aura pas pu lier l'artère ou la veine axillaire en raison d'une tuméfaction considérable, ou de la rétraction des vaisseaux blessés, il existe encore une dernière intervention, grave il est vrai, mais qui peut sauver la vie du malade : c'est la désarticulation de l'épaule.

CONCLUSIONS

1° Les lésions primitives des vaisseaux axillaires paraissent être une rareté.

2° Les causes qui favorisent ces lésions sont : soit l'artériosclérose, soit l'athérome des vaisseaux.

3° Rarement la tunique moyenne est seule intéressée : c'est le plus souvent sur toutes les tuniques artérielles que porte la rupture.

4° Préciser le siège exact de la lésion est chose difficile : dans quelques cas cependant on a noté qu'il se trouvait au niveau soit de la scapulaire inférieure ou de la circonflexe postérieure.

5° C'est une complication excessivement grave se présentant la plupart du temps sous l'aspect d'un anévrisme diffus.

6° Le diagnostic est rendu difficile par l'absence de souffle et de battements ; quelquefois même par la persistance du pouls radial.

7° Le traitement de choix paraît être la ligature des deux bouts du vaisseau lésé.

Vu, Bon à imprimer :
Montpellier, le 31 janvier 1906.

Pour le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 31 janvier 1906.

Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Pelletan.** — Clinique chirurgicale, II, p. 49-83, 1810.
- Delpech.** — Pathologie chirurgicale, tome II, 1816.
- Cooper.** — Dictionnaire de chirurgie pratique, art. luxations, 1826.
- Sanson.** — Dictionnaire médecine et chirurgie pratiques, art. luxations, 1834.
- Bérard.** — Dictionnaire de médecine en trente volumes, 1837.
- Dupuytren.** — Leçons orales de chirurgie, 1839.
- Vidal de Cassis.** — Pathologie externe, tome II, 1839.
- Nélaton.** — Pathologie chirurgicale, tome II, 1847.
- Morel-Lavallée.** — Des luxations compliquées. Thèse de concours, 1851.
- Malgaigne.** — Traité des fractures et des luxations, 1855.
- Parise.** — *Gazette médicale de Paris*, p. 210, 1863.
- Panas.** — Dictionnaire de Jaccoud, art. épaule, 1870.
- Le Dentu.** — Bulletin de la Société de chirurgie, 1877.
- Desprès.** — Bulletin de la Société de chirurgie, 1878.
- Hamilton.** — Traité des fractures et luxations (traduction Poinso), 1885.
- Cras.** — Mémoire présenté à la Société de chirurgie, 1885.
- F. Lagrange.** — Dictionnaire Dechambre, art. luxations, 1887.
- Stimson.** — *Medical News*, 1888.
- Chauvel.** — Précis d'opération de chirurgie. Ligature de l'axillaire, p. 49, 1891.
- Ribereau.** — Thèse de Bordeaux, 1894.

Reclus-Kirmisson-Peyrot-Bouilly. — Manuel de pathologie externe, tome IV, p. 579-588, 1895.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, 1896.

A. Le Dentu et Pierre Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, tome III, p. 141, 1896.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, tome I, p. 566, 1897.

Gross-Rohmer-Vautrin-André. — Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale, tome IV, p. 733, 1900.

Helferich-Delbet. — Atlas-manuel des fractures et luxations, 1901.

W. von Noorden. — Deutsche Zeitschr. f. Chir., p. 540. Leipzig, 1902.

Bousquet. — *Bulletin médical*, juin 1905.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
